Zaburzenia odżywiania jako skutki wykorzystywania seksualnego dzieci – aspekty seksuologiczne i endokrynologiczne

Eating disorders as a result of sexual abuse of children – endokrynological and sexuological aspects

¹Grażyna Jarząbek-Bielecka, ²Elżbieta Sowińska-Przepiera, ³Małgorzata Mizgier, ^{4,5}Magdalena Pisarska-Krawczyk, ¹Witold Kędzia

¹Pracownia Ginekologii Wieków Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ²Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ³Zakład Dietetyki Katedry Higieny Żywienia Człowieka Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu, ⁴Katedra Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ⁵Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

Słowa kluczowe

przemoc seksualna, zaburzenia odżywiania, anoreksja, bulimia

Key words

sexual violence, eating disorders, anorexia, bulimia

Streszczenie

Zaburzenia odżywiania łączą się z szeregiem problemów endokrynologicznych. U podłoża owych zaburzeń leżą istotne zmiany w percepcji samego siebie, czego jedną z przyczyn może być przeżyty akt przemocy seksualnej, zwłaszcza w dzieciństwie. Jedną z wielu negatywnych konsekwencji tej przemocy mogą być bowiem zaburzenia odżywiania w różnej postaci i nasileniu.

Abstract

Eating disorders can be connected with endokrynologic problems. Sometimes can be symptoms sexual abuse of children. As demonstrated in studies, the consequence of sexual violence can be eating disorders in different forms and intensity.

Pediatr. Endocrinol. 2017.16.2.59.133-136.
© Copyright by PTEIDD 2017

Endokrynol. Ped. 2017.16.2.59.133-136.
© Copyright by PTEIDD 2017

Szereg problemów ogólnoustrojowych, w tym endokrynologicznych, łączy się z zaburzeniami odżywiania. Zaburzenia te wymagają różnicowania z takimi problemami endokrynologicznymi, jak choroby tarczycy, niedoczynność przysadki mózgowej, cukrzyca czy niewydolność nadnerczy – choroba Addisona.

U podłoża zaburzeń odżywiania leżą istotne zmiany w percepcji samego siebie, czego jedną

z przyczyn może być przeżyty w dzieciństwie akt przemocy seksualnej. U niektórych ofiar przemocy seksualnej w dzieciństwie występują zaburzenia odżywiania w różnej postaci i nasileniu.

Wykorzystywanie dziecka w celu stymulacji seksualnej dorosłego jest aktem seksualnej przemocy. Jest to zatem kontakt lub interakcja pomiędzy dzieckiem a dorosłym, w którym dziecko jest krzywdzone. Jan Paweł II wygłosił słowa: „Troska

o dziecko jest pierwszym i podstawowym sprawd-
dzianem stosunku człowieka do człowieka”. W me-
dycynie wieku rozwojowego w aspekcie problemu
przestępstw seksualnych wobec dzieci ta troska
o dziecko wyraża się w sposób szczególny i specy-
ficzny. Jak wielokrotnie się podkreśla, zagadnienie
to wymaga podejścia szczególnego, pełnego empatii
i profesjonalizmu, interdyscyplinarnego, spec-
jalistycznego [1–3].

Działania pedofilne stanowią rodzaj szkodli-
wego wyrażania i zaspokajania własnych potrzeb
seksualnych. Skutki wykorzystania seksualnego
dziecka to oprócz urazu fizycznego również zakłó-
cenie prawidłowego rozwoju psychoseksualnego,
a także somatycznego, co może łączyć się z endo-
krynopatiami.

Wielu autorów opisuje objawy psychologicz-
ne i behawioralne przemocy seksualnej, takie
jak • nadmierna erotyzacja dziecka: prowokacyjne
i uwodzicielskie zachowania seksualne, erotyczna
twórczość dziecka – rysunki lub zabawy, wciąganie
młodszych dzieci w nietypową dla wieku aktywność
seksualną (np. odtwarzanie przez dziecko
w wieku przedszkolnym stosunku seksualnego,
kontaktów oralnych lub analnych), agresja seksu-
alna wobec rówieśników, wczesna lub nasilona ma-
sturbacja dziecięca nieadekwatna do fazy rozwoju
psychoseksualnego, nieadekwatny do poziomu roz-
woju dziecka język dotyczący sfery seksualnej • obni-
żony nastrój • lęk, niepokój (dziecko może bać się
iść do szkoły, boi się kontaktów z ludźmi, boi się
spać samo itp.) • silne poczucie winy, niska samoocena
• dawanie innym do zrozumienia, że ma się jakąś
straszną tajemnicę • myśli samobójcze • koszmary,
lęki nocne (często o treści wykorzystywania seksual-
nego), bezsenność • trudności w koncentracji uwagi •
nadpobudliwość psychoruchowa • ucieczki z domu •
wtórne moczenie nocne • zachowania regresywne (np.
powrót do ssania palca czy smoczka) • picie alkoholu,
narkotyzowanie się • prostytutka • zaburzenia łaknie-
nia • problemy szkolne, złe relacje z rówieśnikami •
dolegliwości psychosomatyczne: bóle brzucha, głó-
wy, nudności, wymioty bez przyczyny somatycznej •
samookaleczanie (tego typu ataki na ciało nie mają
na celu zabicie się, lecz przerwanie nieznośnego cier-
pienia emocjonalnego)

Skonstruowany został rejestr możliwych zacho-
wań dziecka wiążących się z przemocą seksualną.
Są nimi • zaburzenia snu, koszmary i lęki nocne •
niezrozumiałe pojawianie się dolegliwości soma-
tycznych, jak np. bólów brzucha, głowy, wymio-
tów, nudności • lęki, strach, fobie • izolowanie się

dziecka, zamykanie się w sobie • zachowania re-
gresywne, jak np. płaczliwość, uporczywe trzyma-
nie się rodziców • nadpobudliwość ruchowa, ma-
sturbacja • problemy z nauką, konflikty w szkole,
niechęć do odrabiania lekcji • depresja, przygnę-
bienie, smutek, próby samobójcze • lęki ujawniane
nagle wobec rodzica danej płci • nieoczekiwane,
nagle zainteresowanie się seksem, własnym cia-
łem, a także życiem seksualnym i ciałem rodziców,
innych osób [4–9].

Z obserwacji autorów u niektórych ofiar prze-
mocy seksualnej w dzieciństwie konsekwencją
mogą być wspomniane zaburzenia łaknienia, czyli
zaburzenia jedzenia w różnej postaci i nasileniu,
jakby rodzaj swoistego samookaleczania. Zwłasz-
cza dla dziewcząt typowe są zaburzenia jedzenia
jako tzw. zespoły bariofobii. Dziewczęta nagle nie-
pokojąco chudną bądź nadmiernie tyją, uzależ-
niając się głównie od słodyczy (intensywnie się
odchudzają, może to być anoreksja lub częściej
bulimia). Według piśmiennictwa ofiary przemocy
seksualnej mogą przejawiać różne formy zaburzeń
jedzenia jako sposób radzenia sobie z traumatycz-
nymi przeżyciami celem zredukowania cierpienia,
rozładowania stresu i napięcia, zablokowania nie-
chcianych uczuć i emocji, próby odzyskania znisz-
czonego poczucia własnej wartości, odwrócenia
uwagi od cierpienia związanego z traumatycznymi
przeżyciami, zniwelowania poczucia winy lub za-
przeczenia własnej seksualności – sposób ekspresji
nienawiści do własnego ciała.

Osoby dorosłe zgłaszające się do lekarzy, psy-
chologów czy dietetyków z zaburzeniami jedze-
nia we wnikliwie przeprowadzonym wywiadzie
zgłaszają niekiedy, że upatrują jako przyczynę za-
burzeń jedzenia fakt doznanej czasem w odległej
przeszłości lat dziecięcych czy młodzieńczych
przemocy seksualnej. Osoby wykorzystywane sek-
sualnie w dzieciństwie często cierpią w życiu doro-
słym na depresję, nerwice, zaburzenia psychotycz-
ne, obsesje seksualne, a także właśnie zaburzenia
jedzenia. Przemoc powoduje bowiem długotrwałe
następstwa, do których zalicza się: lęki, zespoły
depresyjne psychozy, zaburzenia osobowościowe
jak i zaburzenia jedzenia.

Zaburzenia odżywiania to skrajne zachowania
eliminacyjne w jedzeniu – dieta, która nigdy się
nie kończy i stopniowo staje się bardziej restryk-
cyjna. Jak wspomniano, najczęstszy typ tych zabu-
rzeń to jadłowstręt psychiczny, bulimia nervosa,
zwykle zwany po prostu anoreksją i bulimią. Nieco
rzadszym zaburzeniem jedzenia jest tzw. ortorek-
sja. Zaburzenia jedzenia zakłócają przebieg cyklu

plciowego oraz dojrzewania u dziewcząt. Terminu anoreksja po raz pierwszy użył angielski lekarz William Gull w 1873 r. Jadłowstręt psychiczny można opisać jako lęk przed otyłością, prowadzący do odmowy przyjmowania pożywienia. W przypadku anoreksji jako skutku przemocy seksualnej nie o lęk przed otyłością chodzi [3,5].

Wiek młodzieńczy prawidłowo cechują: intensywny rozwój fizyczny, aktywność hormonalna, zmiany w psychice: kształtowanie się tożsamości psychoseksualnej czy proces indywidualizacji, rozwój myślenia abstrakcyjnego oraz labilność emocjonalna. Na anoreksję mają wpływ czynniki indywidualne, kulturowe oraz rodzinne. Do czynników indywidualnych należą: zaburzony obraz własnego ciała, depresje, obsesje, deficyty emocjonalne oraz zaburzenia osobowości, a jako swoistą przyczynę pojmować należy anoreksję jako skutek przemocy seksualnej.

W początkowym okresie choroby obserwuje się głównie utratę masy ciała. Z czasem dochodzi do zużywania białek ustrojowych, przede wszystkim mięśni, a następnie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i hormonalnej organizmu. Ciało chorej osoby staje się nienaturalnie wychudzone, zaostwiają się rysy twarzy, a skóra staje się nadmiernie wysuszona. Organizm jest osłabiony, chory popada często w apatię, ma trudności z koncentracją, odczuwa dolegliwości układu krążenia, zaburzeniu ulega regulacja temperatury ciała. U dziewcząt często występuje zanik miesiączki, zahamowanie wzrostu, wypadanie włosów. Zmianom tym towarzyszy wzmożona drażliwość.

Powszechnie uważa się, że anoreksja jest chorobą kobiecą, ale zdarzają się również przypadki jadłowstrętu u płci męskiej. Zarówno ofiary przemocy seksualnej płci męskiej, jak i żeńskiej w konsekwencji takiej przemocy mogą odpowiedzieć zaburzeniami jedzenia. Jednak przypadki przemocy seksualnej jak i anoreksji czy innych zaburzeń jedzenia częściej dotyczą płci żeńskiej [4–8].

Anorektyczkę, anorektyka charakteryzuje ciągły brak apetytu i bezustanne liczenie kalorii w posiłkach, przy jednoczesnej chęci przyrządzenia wyszukanego jedzenia dla całej rodziny. Typowa dla tych chorych jest alienacja – odsuwanie się od najbliższych i przyjaciół. Podkreślić jednak należy, że już sama przyczyna pierwotna, jaką jest przemoc seksualna, może wiązać się z ową alienacją. Anoreksja niezależnie od swego podłoża jest bardzo podstępna – jej początkowy okres jest maskowany, długo utrzymuje się sprawność psychofizyczna, co pozwala na niedostrzeżony rozwój

choroby. To niestety powoduje, że staje się ona widoczna wówczas, gdy stadium choroby jest już mocno zaawansowane, a możliwości wyleczenia dużo trudniejsze [5–7].

U młodocianych wykorzystanych seksualnie obserwuje się regres do wcześniejszego etapu rozwoju, zahamowanie, niepokój, fobie, poczucie winy, wstydu, bezradności, krzywdy i „inności”, co może być przyczyną zaburzeń jedzenia. U ofiar przemocy seksualnej mogą pojawić się agresja, płaczliwość, napady wściekłości, nadpobudliwość, zaburzenia koncentracji, pamięci i omawiane zaburzenia jedzenia. Bywa, że dzieci takie moczą się w nocy, okaleczają i podejmują próby samobójcze. Miewają też trudności w zasypianiu i koszmary senne, narzekają na różnego rodzaju bóle i zmęczenie, tracą apetyt lub jedzą nadmiernie (bulimia). Istnieją doniesienia, że wśród osób cierpiących na zaburzenia odżywiania, które były ofiarami wykorzystania seksualnego, częściej notuje się właśnie zachowania bulimiczne jako napady obżarstwa, a następnie przeczyszczanie się [4–7].

W profilaktyce zaburzeń jedzenia u dziewcząt istotna jest promocja zdrowia, obejmująca edukację seksualną i kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych. Co do metod leczenia wydaje się, iż najskuteczniejsza jest kombinacja metod terapeutycznych stosowanych najczęściej w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku nawrotów czy długotrwałego charakteru zaburzeń niektórzy pacjenci wymagają hospitalizacji lub leczenia zarówno ambulatoryjnego, jak i szpitalnego (terapii indywidualnej lub grupowej). Głównym celem leczenia jest przywrócenie prawidłowej masy ciała lub niedopuszczenie do jej dalszej utraty i wyniszczenia organizmu. Standardem winno być objęcie chorego opieką zespołu terapeutycznego składającego się z psychologa, psychiatry oraz lekarzy innych specjalizacji, w tym ginekologa czy seksuologa. W składzie zespołu powinien znaleźć się także dietetyk.

Podczas terapii bardzo istotnym aspektem jest nawiązanie porozumienia z pacjentem i zdobycie jego zaufania. Często niechęć lub agresja pacjenta w stosunku do terapeuty wynika z lęku przed rozmową na temat jedzenia czy obawy przed wzrostem masy ciała. Rolą dietetyka jest prowadzenie edukacji żywieniowej w taki sposób, aby pacjent zrozumiał, jaki cel ma wdrażanie zaleceń. Początkowo dieta powinna być lekkostrawna, ubogoresztkowa, niskotłuszczowa i niskolaktazowa. Nowe lub budzące niepokój potrawy czy produkty spożywcze powinny być wprowadzane powoli, aby

nie spowodować u pacjenta wzdęć, gazów i w konsekwencji odmowy dalszego leczenia. Nie istnieje jedna skuteczna metoda postępowania z chorymi cierpiącymi na zaburzenia odżywiania. Ważnym elementem efektywnej współpracy specjalisty z pacjentem jest indywidualne podejście do każdego przypadku i empatyczna postawa pozwalająca na zbudowanie właściwych relacji. W przypadku osób niepełnoletnich istotna jest także rozmowa z rodzicami i ich edukacja [10,11].

Zmiany w zachowaniach dzieci, w tym zaburzenia jedzenia, mogą mieć związek z innymi pro-

blemami dziecka, choć na pewno zawsze trzeba je poważnie rozważyć pod kątem nadużycia seksualnego. Z obserwacji autorów wynika, że ofiary przestępstw seksualnych w dzieciństwie trafiają do lekarzy czy psychologów w różnym czasie od zaistnienia traumy. Są wśród ofiar takie osoby, które z tym problemem nigdy nie skierują się do specjalistów, a problem ujawnia się przypadkowo, np. podczas badania ginekologicznego czy porady u dietetyka [5,9,12].

Piśmiennictwo / References

1. Jarząbek-Bielecka G.: Seksuologia a etyka seksualna i problem dzieci wykorzystywanych seksualnie. Wydaw. Nauk. Akad. Med. im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2009.
2. Imieliński K.: Erotyzm. PZWL, Warszawa 1973.
3. Marzec- Holka K.: Przemoc seksualna wobec dziecka: studium pedagogiczno-kryminologiczne. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1997, 16.
4. Morse O., Shapira L.: The Relationship Between Sexual Abuse/Trauma and Eating Disorders. materiały ośrodka New Realities Eating Disorders Recovery Centre.
5. Jarząbek-Bielecka G., Mizgier M.: Eating disorders as a problem in adolescent gynecology. Now. Lek., 2009;78(3-4), 234-236.
6. Makara-Studzińska M., Żoga J., Grzywa A.: Zaburzenia odżywiania a doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie – przegląd badań. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2006;15(4).
7. Clayton A.H.: Wykorzystywanie seksualne i jego konsekwencje dla zdrowia psychicznego. Psychiatria po Dyplomie, 2004;1(6).
8. Briere J., Scott C.: Assessment of Trauma Symptoms in Eating-Disordered Populations. Eating Disorders, 2007;15, 347-358.
9. Sowińska-Przepiera E., Andrysiak-Mamos E., Jarząbek-Bielecka G. et al.: Wykorzystywanie seksualne dziewcząt [-] aspekty medyczne, prawne i etyczne. Sexual abuse of girls [-] aspects of medical, legal and ethical. Klin. Pe-
- diat., 22 (zesz. spec.) Algorytmy w Pediatрії, 2014, 7112-7116.
10. Lewitt A., Brzęczek K., Krupieniacz A.: Interwencje żywieniowe w leczeniu anoreksji – wskazówki dietetyczne. Endokrynologia otyłość i zaburzenia przemiany materii, 2008;4,128-136.
11. Sobieszek M., Krupa M.: Rola dietetyka w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. Polish Journal of Nutrition, 2016;1(03), 55-60.
12. Pisarska-Krawczyk M., Jarząbek-Bielecka G. (red.): Zagadnienia interdyscyplinarne w ginekologii praktycznej. Wyd. PWSZ, Kalisz 2013.